



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**預先裁定通知書
福利資格未獲批准、終止或期滿**

PLANNED ACTION NOTICE

ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

個案當事人/申請人之姓名與地址

代表之姓名與地址

尊敬的

資格審定

從 _____ 開始，您即不符合獲得發展殘障服務處服務的資格，原因如下：

您沒有與您的年齡相應的符合資格要求之特定病症。

不滿六(6)歲

華盛頓州行政法規第388-823-0810至0850條規定

六(6)至九(9)歲

華盛頓州行政法規第388-823-0810至0850條規定

十(10)歲或以上

華盛頓州行政法規第388-823-0200至0710條規定

(請閱隨附的證據概要及證據表)

您獲得服務的資格將於以下日期期滿失效

4歲生日

華盛頓州行政法規第388-823-1005條及華盛頓州行政
法規388-823-1040條規定

10歲生日

您的殘障發生於18歲或18歲以後。

華盛頓州行政法規第388-823-0040條規定

您不是華盛頓州居民。

華盛頓州行政法規第388-823-0050條規定及華盛頓州行
政法規388-823-1020條規定

您的發展殘障症狀預計不會無限期地延續下去。

華盛頓州行政法規第388-823-0040條規定

您或您的代表請本處終止您獲得發展殘障服務處服務的資格。

下一步如何辦？

您目前獲得由發展殘障服務處提供的收費服務；當您的資格期滿失效或終止時，以下服務項目亦隨之終止：
(華盛頓州修正法規第71A.16.020條規定)

家庭與社區服務安置另選計畫服務

發展殘障服務處州輔助津貼付款

經由醫療輔助方案提供的個人護理服務

其他服務

家庭幫助服務

您可獲得的其他服務選項如下：

您的申訴權

倘若您不同意我們拒絕批准或終止您獲得服務的資格之任何決定，您有權提出舉行一次行政聽證會的請求。您無權對資格期滿失效一事提出申訴。

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間提出舉行一次聽證會的請求。隨附一份申請書。

拒絕批准獲得服務的資格。如果此通知函告知您獲得服務資格的申請已被拒絕，您可以在收到此通知函之日起九十(90)天以內提出舉行一次行政聽證會的請求。如果您在收到此通知函之日起九十(90)天以後才提出舉行聽證會的請求，則您不再有權提出舉行聽證會的請求。

終止獲得服務的資格。若此表格告知您獲得服務的資格已被終止：

- 您可於 _____ 之前提出進行一次行政聽證會的請求，以便您在申訴期間能繼續保持您的資格，並繼續獲得任何現有的付費服務。
- 如果您選擇繼續獲得付費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您將需負責償還最多60天的收費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得收費服務，請聯絡：

_____ 其電話號碼為 _____
個案/資源管理員 電話號碼

資格期滿失效。如果此通知函告訴您，由於您未於第四或第十個生日之前**及時**重新辦理資格申請手續，因而您獲得服務的資格已經期滿失效，則您無權提出舉行一次聽證會的請求。您可以重新提出資格申請。

您有以下權利：

1. 請他人做您的代表（您可能有資格獲得免費法律幫助）；
2. 要求得到一份副本，包括您的檔案副本和發展殘障服務處為作出此項決定而審閱的所有資料之副本；
3. 提交證據文件；
4. 在聽證會上作證並請證人出席為您作證；並且
5. 盤問為本部作證的證人。

您是否有任何不明白的問題？

如果您對本項決定或申訴程序有不明白的問題，請聯絡：

_____ 地址是 _____
個案/資源管理員 _____

_____ 辦事處名稱與地址
電話號碼



預先裁定通知書
福利資格未獲批准、終止或期滿
聽證會請求書

依據關於社會福利服務部聽證條例之第388-02章規定。

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

請寄往： OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

傳真： 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意發展殘障服務處(DDD)就獲得服務的資格或服務所作的以下決定：

您的姓名（請工整填寫）	出生日期	社會安全號碼
-------------	------	--------

提出聽證請求者的地址	當事人的個案號碼
------------	----------

城市	州	郵遞區號	電話號碼（請包括區域號碼）	<input type="checkbox"/> 留言電話
----	---	------	---------------	-------------------------------

本人於：_____收到由_____寄來的決定通知。
 日期 _____ 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助： 是 否 計畫名稱：_____

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
---------	------	------

地址	城市	州	郵遞區號
----	----	---	------

<input type="checkbox"/> 本人授權將相關我的聽證之資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員，或者其他幫助或便利條件，以便您參加聽證會？ 是 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？ _____

行政聽證法官(ALD)也許會採用電話方式進行某些聽證。如果您希望改為一次親自出席的聽證會，請按照聽證會通知書中所述的方法辦理。該通知書將由行政聽證管理處寄給您。

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
 - Decision
 - Appeal rights
 - Summary of Evidence
 - Evidence Table
 - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is less than age eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
 - Initial denial is the date generated by the IE application.
 - Expiration is 4th or 10th birthday.
 - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
 - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
 - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
 - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
 - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

5. Summary of Evidence

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
 - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
 - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
 - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
 - WPAS
 - RSN
 - MH CRM
 - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

證據概要
享受發展殘障服務處福利之基本要求

充分證據	不充分證據	不適用	受發展殘障服務處福利之基本要求	社會福利服務部規章 (華盛頓州行政法規)
			(1) 您年滿六(6)歲或六歲以上，而且有歸因於下列的一種或幾種症狀的殘障：	388-823-0040 (1)(a)
			(a) 智障，或者	
			(b) 大腦麻痹，或者	
			(c) 癲癇，或者	
			(d) 孤獨症，或者	
			(e) 另一種神經病學方面的症狀，或者	
			(f) 經發展殘障服務處查明其他的症狀，而且這些症狀與智障有密切關係或者需要接受類似於智障患者所需的治療；	
			並且	388-823-0040 (1)(b)
			(2) 您的殘障於18歲以前即已存在：	
			並且	388-823-0040 (1)(c)
			(3) 您的殘障預計會無限期地持續下去；	
			並且	388-823-0040 (1)(d)
			(4) 您的殘障導致您的適應功能受到嚴重限制。	
			或者	388-823-0800 (4)
			(5) 您不滿10歲，而且：	
			(a) 您有發展遲緩症狀，或者	
			(b) 您有唐氏綜合症，或者	
			(c) 您的症狀過於嚴重，以致無法評估，或者	
			(d) 您符合獲得重症加護居家護理計畫服務的資格	

注意：

「不充分證據」係指未收到證據，或者證據不符合華盛頓州行政法規標準。請閱附件證據表，以查找華盛頓州行政法規中之具體要求。

如您年滿十歲或十歲以上，要求(2)至要求(5)都將標為「不適用」，除非您符合(1)類症狀之一。

如您年齡不滿六歲，要求(1)至要求(4)都將標為「不適用」，例外情形如下：

- 要求(4)祇適用於發展遲緩症狀。

您不符合獲得發展殘障服務處服務的資格。此證據概要中列明華盛頓州行政法規第388-823條規定要求的證實每一種發展殘障症狀的必要證據。

殘障症狀	由適當的診斷者作出的診斷	說明存在嚴重障礙的證據
發展遲緩	不要求進行診斷	對發展程度之評估或者對發展遲緩症狀之評測
華盛頓州行政法規第388-823-0810條至第388-823-0850條		發展遲緩程度比中位數低1.5個標準偏差： 從出生至2歲：1種或1種以上發展遲緩症狀 3至9歲：3種或3種以上發展遲緩症狀
唐氏綜合症 華盛頓州行政法規第388-823-0810(2)條 華盛頓州行政法規第388-823-0820條	經持照醫師診斷為唐氏綜合症	不適用
因症狀過重而無法評測 華盛頓州行政法規第388-823-0810(4)條 華盛頓州行政法規第388-823-0820條	因症狀過重而無法由持照醫師或持照心理學家進行評測	不適用
重症加護醫療 華盛頓州行政法規第388-823-0810(3)條 華盛頓州行政法規第388-823-0820條	由社會福利服務部/保健與康復服務管理處主任批准，符合資格獲得社會福利服務部提供的重症加護醫療居家護理計畫服務	不適用

證據表

年滿六(6)歲及六歲以上的兒童

申請人姓名

您不符合獲得發展殘障服務處服務的資格此證據概要中列明華盛頓州行政法規第388-823條規定要求的證實每一種發展殘障症狀的必要證據。

殘障症狀	由適當的診斷者作出的診斷	說明存在嚴重障礙的證據
智障 華盛頓州行政法規第388-823-0200條 至第388-823-0230條	經持照心理學家或頒有合格證書的學校心理學家診斷為智障 經持照醫師診斷為唐氏綜合症	心理評測，包括對適應能力的評測，並且全面智商測試分數比中位數低2個以上標準偏差 <u>而且</u> 無證據能證實申請人有任何會影響診斷或適應能力的心理疾病、精神病症狀，或者不相關的疾病或損傷。
腦癱瘓 華盛頓州行政法規第388-823-0300條 至第388-823-0330條	經持照醫師診斷為腦癱瘓 經持照醫師診斷為四肢癱瘓 經持照醫師診斷為偏癱 經持照醫師診斷為兩側癱瘓	於三歲之前發作 <u>而且</u> 能證實申請人在身體和行動方面需要以下兩種或兩種以上協助的證據：大小便、洗澡、吃飯、穿衣、活動能力或交流溝通

殘障症狀	由適當的診斷者作出的診斷	說明存在嚴重障礙的證據
癲癇 華盛頓州行政法規第388-823-0400條 至第388-823-0420條		<p>經考取醫學專科委員會證書之神經病專科醫生診斷為癲癇，或者 經考取醫學專科委員會證書之神經病專科醫生診斷為癲癇發作症 而且 根據病史及神經病學測試所作出的診斷 經醫師或神經病專科醫生確診為無法 控制的、持續性的或未受藥物控制的 反覆性癲癇發作症</p>
孤獨症 華盛頓州行政法規第388-823-0500條 至第388-823-0515條		<p>經有資格參加醫學專科委員會考試之神經病學專科醫生或有資格參加醫學專科委員會考試之精神病醫師或持照心理學家或考取醫學委員會證書之兒童發展與行為兒科醫生根據DSM-IV-TR 299.00定義診斷為孤獨症或有孤獨症狀 而且 經過適應能力評測：對於下列項目之一，受測人的分數比中位數低2個標準偏差： Vineland適應行為評測； 或者 在過去3年內曾接受SIB-R評估； 或者 在過去2年內曾接受個案當事人與服務機構服務資格評估(ICAP)</p>
		<p>證據顯示，於三歲之前就患有發育遲緩或機能反常，包括社會交往、語言、交流溝通技能，或者象徵性質或想像性質的遊戲等方面 而且 經過適應能力評測：對於下列項目之一，受測人的分數比中位數低2個標準偏差： Vineland適應行為評測； 或者 在過去3年內曾接受SIB-R評估； 或者 在過去2年內曾接受個案當事人與服務機構服務資格評估(ICAP)</p>

殘障症狀	由適當的診斷者作出的診斷	說明存在嚴重障礙的證據
另一種神經科症狀 華盛頓州行政法規第388-823-0600條 至第388-823-0615條	經特照醫師診斷為中樞神經系統受損 造成智力及適應技能方面的缺陷	全面智商測試分數比中位數低1 1/2個標準偏差，或者更低 而且 能證實申請人在身體和行動方面每天都需要以下兩種或兩種以上協助的證據：大小便、洗澡、吃飯、穿衣、活動能力或交流溝通等方面
其他症狀 華盛頓州行政法規第388-823-0700條 華盛頓州行政法規第388-823-0710條	起因於一種神經病學方面的症狀、中樞神經系統失調，或者染色體病 而且 能證實學業進展顯著遲緩的證據	全面智商測試分數比中位數低1 1/2個標準偏差，或者更低： 或者 能證實學業進展顯著遲緩的證據 而且 無證據能證實申請人有任何會影響其適應能力的不相關的症狀或障礙 而且 經過適應能力評測：對於下列項目之一，受測人的分數比中位數低2個標準偏差： Vineland適應行為評測： 或者 在過去3年內曾接受SIB-R評估： 或者 在過去2年內曾接受個案當事人與服務機構服務資格評估(ICAP)
重症加護醫療 (僅限至17歲為止) 華盛頓州行政法規第388-823-0700(2)條 華盛頓州行政法規第388-823-0710(2)條	不適用 不適用	符合資格獲得由社會福利服務部提供的重症加護醫療居家服務計畫服務